



German European School Manila

75 Swaziland Street
Better Living Subdivision
1711 Paranaque City
Philippines

Tel.No. : +632 776 1000
Fax No: : +632 824 1517
Email : dsm@eis-manila.org
www.gesm.org

REQUIREMENTS/ BEWERBUNGSUNTERLAGEN

- Application Form / *Aufnahmeantrag*
- Student Health History / *Gesundheitszeugnis*
- Membership Form- German School Association (Deutscher Schulverein in Manila) / *Antrag zur Mitgliedschaft in den Deutschen Schulverein in Manila*
- Photocopy of Birth Certificate / *Kopie der Geburtsurkunde*
- Photocopy of Passport (if available) / *Kopie des Reisepasses (wenn vorhanden)*
- Report Card for the past 2 years / *Schulzeugnisse der letzten zwei Jahre*
- Recommendation Letter from the previous class teacher and /or Head of School / *Empfehlungsschreiben des letzten Klassenlehrers und/oder Schulleiter/in*
- Photocopy of immunization records / *Kopie des Impfausweises*

Attachments/ Anlagen

- Tuition Fee and other Fees
Schulgebühren und sonstige
- School Fee Policy
Schulgebührenordnung
- Calendar for the current school year
Terminplanung für das laufende Schuljahr
- Time schedule
Zeitplan
- Information about the school bus transport
Informationen zum Schulbustransport
- GESM Rules and Regulations
Schulordnung

APPLICATION FORM/ AUFNAHMEANTRAG

We apply for admission to: / Hiermit beantragen wir die Aufnahme unseres Kindes in folgende Abteilung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> German Section / <i>Deutscher Zweig</i> | <input type="checkbox"/> European Section / <i>Europäischer Zweig</i> |
| <input type="checkbox"/> Toddlers' Group | <input type="checkbox"/> Toddlers' Group |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten / <i>Kindergarten</i> | <input type="checkbox"/> Pre-school / <i>Vorschule</i> |
| <input type="checkbox"/> Primary School / <i>Grundschule- Grade/ Klasse</i> _____ | <input type="checkbox"/> Secondary School / <i>Sekundarstufe 1-Grade/ Klasse</i> |
| <input type="checkbox"/> IB-Diploma Programme _____ | |

Expected Entry Date / *Voraussichtliches Eintrittsdatum*: _____ Day/ Month/ Year/ *Tag / Monat/ Jahr*

PARENT INFORMATION/ PERSÖNLICHE DATEN DER ELTERN

Student resides with / *Schüler/-in wohnt bei*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Father / <i>Vater</i> | <input type="checkbox"/> Both Parents / <i>Beiden Eltern</i> |
| <input type="checkbox"/> Mother / <i>Mutter</i> | <input type="checkbox"/> Guardian / <i>Erziehungsbeauftragtem</i> |

1 x 1
photo for
the school ID /
*Passfoto für
Schulausweis
(Father / Vater)*

1 x 1
photo for
the school ID /
*Passfoto für
Schulausweis
(Mother / Mutter)*

1 x 1
photo for
the school ID /
*Passfoto für
Schulausweis
(Guardian/
Erziehungsbeauftragte)*

	Father / Guardian <i>Vater / Erziehungsbeauftragter</i>	Mother / Guardian <i>Mutter / Erziehungsbeauftragte</i>
Name / <i>Name</i>		
Home Address / <i>Adresse</i>		
Home Phone No. / <i>Telefon privat</i>		
Mobile No. / <i>Mobiltelefon</i>		
Office No. / <i>Telefon dienstlich</i>		
E-mail Address / <i>E-mail</i>		
Nationality / <i>Staatsangehörigkeit</i>		
Occupation / Company Name <i>Beruf / Firma</i>		

Please indicate/ *Bitte angeben*

Person to contact in case of emergency/ *Kontaktperson für Notfälle :*

Father / *Vater* Mother / *Mutter* Other person / *Andere Person*

Person responsible for school-related decisions/ *Entscheidungsberechtigte/-er für schulische Belange*

Father / *Vater* Mother / *Mutter* Other person / *Andere Person*

Person who receives school correspondence/ *Kontaktperson für schriftliche Korrespondenz*

Father / *Vater* Mother / *Mutter* Other person / *Andere Person*

Please specify the name of the other person & indicate contact details / *Bitte benennen Sie die andere Person und ihre persönl. Daten:*

(Name/ Relationship/ Home Address/ Phone No./ Mobile No./ Email Address/ Nationality)
(*Name/ Beziehung/ Adresse/ Telefonnummer/ Mobilnummer/ Email/ Staatsangehörigkeit*)

STUDENT INFORMATION / SCHÜLERDATEN

1 x 1
photo for
the school ID /
*Passfoto für
Schulausweis*

Surname / *Name:* _____

First Name / *Vorname:* _____

Middle Name / *2. Vorname:* _____

(As stated on birth certificate and/or passport / *wie in Geburtsurkunde und/oder Reisepass*)

Date of Birth (Day/ Month/ Year)
Geburtsdatum (Tag/ Monat/ Jahr)

Place of Birth (City/ Country)
Geburtsort (Stadt/ Land)

Sex / *Geschlecht:* Male / *Männlich* Female / *Weiblich* Religion / *Religion* _____

Nationality / *Staatsangehörigkeit*

Passport/ID No. / *Reisepass/ PA Nummer*

Issued at / *Ausgestellt von:*

Residential Address in the Philippines (if different from the parents' address)
Adresse auf den Philippinen (wenn unterschiedlich von der Adresse der Eltern)

LANGUAGE SKILLS/ SPRACHKENNTNISSE

Main Language spoken / *Am besten beherrschte Sprache (Herkunftssprache):*

If German is not your main language spoken, at what age did the child start learning German? /
Wenn die Herkunftssprache nicht Deutsch ist, seit wann lernt das Kind Deutsch?

If English is not your main language spoken, at what age did you start learning English? /
Wenn die Herkunftssprache nicht Englisch ist, seit wann lernt das Kind Englisch?

Parent/s that speak/s German / *Elternteile, die Deutsch sprechen:*

Father/ *Vater*

Mother/ *Mutter*

Parent/s that speak/s English / *Elternteile, die Englisch sprechen:*

Father/ *Vater*

Mother/ *Mutter*

Other languages spoken / *Weitere Sprachkenntnisse:* _____

EDUCATIONAL HISTORY/ SCHULBILDUNG

Current School / *Derzeitige Schule* _____

Current Year Level Attended / *Derzeitige Klasse* _____ Start date/ *Seit:* _____ Leaving Date/ *Abgangsdatum* _____

Address / *Adresse* _____

Telephone No. / *Telefonnummer* _____ E-mail _____

Name of Headmaster / *Name des Schulleiters* _____

E-mail _____

Other Schools Attended/ *Weitere besuchte Schulen:*

Age / <i>Alter</i>	Year Level / <i>Jahrgangsstufe</i>	School Name/ City/Country <i>Name der Schule/ Stadt/ Land</i>	Academic Year / <i>Schuljahr</i> <i>From- To / Von- Bis</i>

Please enclose the report cards for the last 2 years. For non-German schools, please include keys to grading system used and a recommendation letter. / *Bitte fügen Sie die Zeugnisse der letzten zwei Jahre bei. Für nicht-deutsche und nicht-staatliche deutsche Schulen, fügen Sie bitte eine Erläuterung zu den Noten des Schulsystems und ein Empfehlungsschreiben bei.*

STUDENT INTERESTS/ INTERESSEN

Does your child have any special talent and/or interest in / *Hat ihr Kind eine besondere Fähigkeit und/ oder Interesse an*

Musical instrument/s / *Musikinstrument (e)* _____

Art / *Kunst* Theatre / *Theater* Vocal/ Chorus / *Gesang*

Dance / *Tanz* Others / *Andere* _____

Sports / *Sportarten* _____

SETTLEMENT OF TUITION FEES/ ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Who will be responsible for the payment of fees/ *Wer kommt für die Schulgebühren auf?*

Mother / *Mutter* Father / *Vater* Both Parents / *Beide Eltern*

Company/Organization / *Firma/Organisation*

Percentage of Tuition fees to be billed to the company/organization
Anteil der Kostenübernahme durch die Firma / Organisation in Prozent _____ %

Person to address Statement of Account (for company-sponsored applicants)/ *Rechnungsanschrift*
(bei Kostenübernahme durch die Firma/Organisation)

Name / *Name* _____

Position / *Position* _____

Company / *Name der Firma* _____

Address / *Adresse* _____

Telephone No / *Telefonummer* _____

Fax Number / *Faxnummer* _____

E-mail _____

INSURANCE POLICY / VERSICHERUNG

All our students are insured with coverage of Php 40,000.00 (Forty Thousand Pesos) per year. This however is applicable only to accidents incurred by the student during a school activity. If in case the bill exceeds the insurance coverage, the parents are requested to settle the balance. Hospitalization and other medical bills from emergency medical cases such as asthma, allergy, fainting spells and the like shall be shouldered by the parents or guardian. When such medical case occurs, our nurse will assist the student and will inform you on the condition of your child. If the child's condition does not stabilize and may need to be brought to the hospital, the parents will be requested to proceed to the hospital or emergency facility to settle the account incurred.

Unsere Schüler sind mit einer Deckungssumme von 40.000 (in Worten: vierzigtausend) Philippinischen Pesos pro Jahr versichert. Versichert sind nur solche Unfälle, die sich im Rahmen von schulischen Aktivitäten ereignen. Falls der Schaden die Versicherungsdeckung überschreitet, muss der Differenzbetrag von den Eltern selbst aufgebracht werden. Krankenhauskosten und andere medizinische Aufwendungen als Folge von medizinischen Notfällen wie Asthma, Allergien, Ohnmachtsanfällen etc. müssen von den Eltern bzw. dem gesetzlichen Vormund übernommen werden. Im Fall derartiger medizinischer Notfälle wird die Leiterin unserer Sanitätsstation erste Hilfe leisten und Sie über den Zustand Ihres Kindes informieren. Wenn sich der Zustand des Kindes nicht verbessert und eine Einweisung ins Krankenhaus notwendig wird, obliegt es den Eltern, sich in das Krankenhaus oder die Notfallaufnahme zu begeben und dort aufgelaufene Rechnungen zu begleichen.

PERMISSION/ ERLAUBNIS

Once my child is admitted/enrolled, the German European School Manila of the European International School: /
Wenn mein Kind aufgenommen wird, erlaube ich der Deutsche Europäische Schule Manila als Teil der European International School:

1. Has the permission to include my address, email address and phone number information in the class: / *Meine Anschrift, E-Mail und Telefonnummer in die Klassenliste aufzunehmen, die an die Eltern der Klasse verteilt wird.*
 Yes/ Ja No/ Nein
2. Has the permission to publish or use the photo of my child in promotional materials of GESM (e.g., flyers, brochures, posters, banners, CD ROM, etc.) / *Das Bild meines Kindes in Werbematerialien der GESM zuverwenden (z.B. für Flyer, Broschüren, Plakate, Banner, CD ROMs etc.)*
 Yes/ Ja No/ Nein

DECLARATION/ ERKLÄRUNG

The German European School Manila reserves the right to refuse admission to any student that does not meet all the admission requirements and criteria. The school further reserves the right to require an admission test before the enrollment is accepted and to determine the placement of the applicant in the grade level deemed most appropriate for the student's experience and performance.

Die GESM behält sich das Recht vor, die Aufnahme von Schülern oder Schülerinnen abzulehnen, deren Profil den Anforderungen der GESM nicht entspricht. Die Schule behält sich weiterhin vor, einen Aufnahmetest vor der Entscheidung über die endgültige Aufnahme durchzuführen und über die Einstufung des Schülers bzw. der Schülerin in die ihm / ihr entsprechende Klasse zu entscheiden.

To the best of my knowledge the information submitted on this form is true and correct.
Hiermit versichern wir die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Parent Name and Signature
Name des Elternteils und Unterschrift

Guardian Name and Signature
Name des Erziehungsbeauftragten
(If applicable/ falls erforderlich)

Parent Name and Signature Application
Name des Elternteils und Unterschrift

Date of Application
Antragsdatum

STUDENT HEALTH FORM/ GESUNDHEITSZEUGNIS

Student's Name / *Name des Schülers* _____ Surname/ *Familiennamen* _____ First Name/ *Vorname* _____

Date of Birth / *Geburtsdatum* _____

Sex / *Geschlecht*: Male / *Männlich* Female / *Weiblich*

Blood Type / *Blutgruppe, Rhesus Factor* _____

Father's Tel/Mobile number / *Telefon des Vaters/ Mobiltelefon* _____

Mother's Tel/Mobile number / *Telefon der Mutter/ Mobiltelefon* _____

1. Has your child undergone medical treatment during the past 6 months? / *Wurde ihr Kind in den vergangenen sechs Monaten ärztlich behandelt?*

No / *Nein* Yes / *Ja*

Reason for the medical treatment / *Grund der medizinischen Behandlung*

2. Vaccinations / *Impfungen*

Please include a photocopy of the immunization records / *Bitte fügen Sie eine Kopie des Impfausweises bei.*

3. Past History

Does your child suffer from any of the following conditions? Please check.

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der aufgeführten Krankheiten?

	Yes / <i>Ja</i>	No / <i>Nein</i>		Yes / <i>Ja</i>	No / <i>Nein</i>
Skin Problem / <i>Hautprobleme</i>			Asthma		
Diabetes			Heart Disorder / <i>Herzbeschwerden</i>		
Meningitis			Urinary Disorder / <i>Erkrankungender Harnwege</i>		
Otitis /Hearing Problems <i>Ohrentzündung / Schwerhörigkeit</i>			Epilepsy/Convulsion/Seizures <i>Epilepsie /Krampfanfälle</i>		
Fainting Spells / <i>Ohnmacht</i>			Scoliosis / <i>Skoliose</i>		
Tuberculosis / <i>Tuberkulose</i>			ADD / ADHD		
Blood Diseases / <i>Bluterkrankungen</i>			Primary Complex / <i>Tuberkulose</i>		
Fracture / <i>Knochenbrüche</i>			Others / <i>Sonstige</i>		

4. Allergy / *Allergien*

Rhinitis / *Schnupfen*

Nuts / *Nüsse*

Adhesive tapes / *Klebefolien*

Insect bites / *Insektenstiche*

Dairy products / *Milchprodukte*

Fruits / *Früchte*

Pollen / *Pollen/Gräser*

Fish and/or seafood / *Fisch und/oder Meeresfrüchte*

Medicine. Please specify / *Arzneimittel (bitte angeben)* _____

Other Substances. Please specify / *Andere Stoffe (bitte angeben)* _____

5. Does your child have Asthma / *Hat Ihr Kind Asthma?*

No / *Nein* Yes / *Ja* (the nurse will provide a separate questionnaire about this/ *Die Krankenschwester wird Ihnen einen gesonderten Fragebogen geben*)

Has your child been confined or brought to a hospital in the past year for control of Asthma attack? / *Wurde ihr Kind im vergangenen Jahr wegen eines Asthmaanfalls ins Krankenhaus eingeliefert und behandelt?*

No / *Nein* Yes / *Ja*

What medication/s for Asthma is your child taking at this time? / *Welche Arzneimittel nimmt Ihr Kind zur Behandlung von Asthma?* _____

How often does your child require the use of an inhaler or other medications to ease shortness of breath? / *Wie oft benötigt ihr Kind einen Inhalator oder andere Arzneimittel zur Behandlung von Atemnot?*

Everyday/ *Täglich* Few times a week/ *Einige Male in der Woche* Few days in a month/ *Einige Male Monat*

AUTHORIZATION/ ERLAUBNIS

DURING EMERGENCY

I hereby give permission for emergency measures to be initiated in case of accident or sudden illness with the understanding that I will be notified immediately. I give permission to the school to take my child to COMMCARE Clinic at Doña Soledad in Bicutan and/or to the nearest hospital

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Einleitung von Notfallmaßnahmen im Falle eines Unfalls oder plötzlich eintretender Krankheit in der Annahme, dass ich sofort informiert werde. Ich erlaube der Schule mein Kind zur COMMCARE Clinic in der Doña Soledad in Bicutan oder in das am nächsten liegende Krankenhaus zu bringen.

Yes/ Ja

No/ Nein

MEDICATION/ Verabreichung von MEDIKAMENTEN

With your permission, the nurse can give the following medication without contacting you first / Mit Ihrer Erlaubnis kann die Krankenschwester die folgenden Medikamente ohne vorherige Rücksprache verabreichen.

For all ages/ Für jedes Alter:

Paracetamol (headaches or minor discomfort / Kopfschmerzen und Unwohlsein)

Lozenges-Strepsils, Dequadin (for mild sore throat) / Lutschtabletten bei leichteren Halsschmerzen

Ointments/ Salben

Lotions-Caladryl (itchiness) / Caladryl-Lotion gegen Juckreiz

For middle school and high school only / Nur für Sekundarstufe

Ibuprofen (for menstrual cramps and body pains) / Ibuprofen gegen Menstruationsbeschwerden und Schmerzen

Loperamide (for diarrhea) / Loperamid (Imodium) gegen Durchfall

Antacids (for "gas" and acid stomach) / Säurehemmer gegen Sodbrennen und übersäuerten Magen

Yes/ Ja

No/ Nein

FOR CONTINUOUS MEDICATION / Für Dauermedikation

If your child will be taking medication daily at school (such as antibiotics, Ritalin) or may require them for emergency (inhalers, EpiPen, etc) you must provide the School nurse with the medication and its original container, a prescription /letter from the doctor and this completed form. This must be completed if your child needs to take no-prescription medicine from home. The PARENT or other adult must bring such medication to the school nurse.

Wenn Ihr Kind täglich in der Schule Medizin einnehmen muss (z.B. Antibiotika, Ritalin) oder sie für Notfälle benötigt (Inhalatoren, EpiPen usw.), müssen Sie der Schulkrankenschwester die Arznei in der Originalverpackung zur Verfügung stellen, eine ärztliche Verschreibung sowie dieses Formular bei ihr abgeben. Dies muss ausgefüllt werden, wenn Ihr Kind nicht verschreibungspflichtige Medikamente von Zuhause mitbringen muss. Ein Elternteil oder anderer Erwachsener muss die Arznei bei der Krankenschwester abgeben.

Parent Name and Signature
Name der Eltern und Unterschrift

Guardian Name and Signature
Name des Erziehungsbeauftragten
(If applicable/Falls erforderlich)

Date of Application
Antragsdatum